

# Renforcer la place de la santé et des Ateliers santé ville (ASV) dans les futurs contrats de ville : recommandations des ASV de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'attention de la commission sur l'avenir des contrats de ville

*Mars 2022*

---

## Table des matières

<b>1. Des inégalités sociales de santé mises en lumière et amplifiées par la crise sanitaire liée à la covid-19</b> .....	1
<b>2. L'Atelier santé ville : l'outil par excellence de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé</b> .....	2
<b>3. Les ASV aujourd'hui et face à la crise : constats</b> .....	3
<b>4. Recommandations</b> .....	4
<b>Conclusion</b> .....	6

## 1. Des inégalités sociales de santé mises en lumière et amplifiées par la crise sanitaire liée à la covid-19

Par l'effet des principaux déterminants sociaux et environnementaux de la santé (conditions de logement, de revenu, d'emploi, accès aux services de santé, etc.), la crise sanitaire a touché de plein fouet les populations les plus socialement défavorisées : prévalence plus élevée par le SARS-CoV-2, formes plus graves de la covid-19, surmortalité<sup>1 2</sup>. Les études de séroprévalence ont notamment montré, au cours de la première vague, que les quartiers les plus défavorisés des villes étaient deux fois plus touchés par un risque d'infection à la covid-19<sup>3</sup>.

Le recours au dépistage et à la vaccination s'est également révélé fortement associé à la défavorisation sociale, les publics les moins dépistés et vaccinés contre la covid-19 étant issus des zones les plus défavorisées<sup>4 5</sup>.

Enfin, les conséquences de cette crise vont au-delà des risques infectieux qui lui sont associés, avec là aussi plus d'impact sur les publics les plus précaires : impact sur la santé mentale et sur les addictions<sup>6</sup>, retentissement socio-économique<sup>7</sup>, retentissement indirect sur les soins et la santé (renoncement aux soins, déprogrammations)<sup>8</sup>, augmentation des violences intra-familiales, etc.

La crise sanitaire est ainsi venue renforcer et s'ajouter aux principales problématiques de santé déjà rencontrées dans les QPV (santé mentale, maladies chroniques, santé sexuelle, addictions, difficultés d'apprentissage, surpoids/obésité, environnement, offre et organisation des soins...), renforçant de fait les inégalités sociales de santé qui y préexistaient. La fragilité numérique, plus

marquée dans les territoires politique de la ville, a également joué un rôle important dans l'aggravation de ces inégalités<sup>9</sup>.

Face à ce constat et au risque d'accroissement à venir, l'usage de politiques publiques « réparatrices » et le renforcement des interventions en santé pour les zones défavorisées semblent plus que jamais nécessaires.

## 2. L'Atelier santé ville : l'outil par excellence de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Dès le début de la crise, les acteurs de la santé locale et de la promotion de la santé ont tenté d'agir à leur niveau, souvent de leur propre initiative, faisant face à une gestion de crise essentiellement appréhendée sur le plan biomédical. Ils ont alerté sur l'impérieuse nécessité d'adapter les réponses en fonction des publics et de leurs réalités de vie, de prendre en compte les déterminants sociaux de santé et de cibler notamment les plus démunis.

Les collectivités faisant preuve d'un engagement fort sur les questions de santé - notamment celles dotées de démarches territoriales de santé (Contrat local de santé (CLS), Atelier santé ville (ASV), Conseil local de santé mentale (CLSM)) avec lesquelles des habitudes de travail préexistaient - semblent *in fine* avoir davantage tiré leur épingle du jeu : des réponses plus réactives, plus pertinentes et plus adaptées aux enjeux d'inégalités ont pu être mises en place<sup>10</sup>.

Fondées sur la réduction des inégalités sociales de santé et prenant en compte de nombreux déterminants de santé, les démarches territoriales de santé constituent en effet une réponse adaptée, au plus près des besoins des populations. Elles témoignent, souvent, de la volonté politique des collectivités d'agir sur ces inégalités et sur la santé des habitants.

La politique de la ville fonde également son action sur la réduction des inégalités territoriales et sociales. L'ASV a été instauré dès 1999 pour structurer l'enjeu des inégalités de santé au sein de cette politique.

D'emblée positionné dans une fonction centrale de coordination des questions de santé dans les contrats de ville, l'ASV permet :

- D'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie, à partir d'un diagnostic partagé.
- De contractualiser entre la commune et l'Etat une approche stratégique et opérationnelle des problématiques de santé du territoire et de proposer des moyens d'agir pour réduire les inégalités de santé.
- De déployer des actions d'appui (travail en réseau, formation et accompagnement d'acteurs, diagnostics, programmation, suivi méthodologique, évaluation, capitalisation et valorisation...) et de coordonner ou des réaliser des initiatives locales (actions de promotion ou d'éducation à la santé, de prévention, d'accompagnement socio-sanitaire de publics, d'appui à l'offre de soins de proximité...).
- De développer la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) ainsi que la

concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés.

### 3. Les ASV aujourd’hui et face à la crise : constats

En région Provence-Alpes-Côte d’Azur, une mobilisation régionale des ASV a été impulsée par le CRES dès le début de la crise sanitaire avec pour objectif de :

- Echanger collectivement sur la situation sur les territoires
- Réfléchir ensemble à des moyens d’agir malgré le confinement et celui des acteurs de terrain
- Partager toute initiative, proposition, idée pouvant être utile ou éclairante pour chacun

Il est apparu que les ASV n’ont pas tous été associés au même niveau à la gestion de la crise : si certains coordinateurs ont été en première ligne, cela semble tenir davantage au portage de l’ASV par la collectivité, à son histoire en son sein ou encore à l’engagement politique de celle-ci sur les questions de santé, plutôt qu’aux missions intrinsèques de l’ASV.

Mais qu’ils aient ou non été associés à la gestion de la crise sanitaire, les ASV ont tous fait preuve de proactivité par la mise en œuvre de nombreuses initiatives (états des lieux des structures disponibles, création de documents ressources, mises en lien des professionnels, etc.). Ils ont joué un rôle clé dans l’accès à la vaccination, en lien avec les professionnels de santé et notamment les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et ont assuré leur rôle de maillage et de lien entre le terrain et les institutions. Leurs compétences en méthodologie de projet ont également été sollicitées.

Les ASV auraient cependant gagné à être associés dès en amont de la crise pour faire remonter les problématiques en lien avec les déterminants de la santé et faciliter la mise en place d’actions coordonnées sur leur territoire d’intervention.

Ces constats semblent témoigner du manque de connaissance et de reconnaissance de l’ASV au niveau local, de la place insuffisante qui lui est attribuée ainsi que, plus largement, de la faible prise en considération des enjeux de santé globale et de promotion de la santé, au-delà donc d’une approche encore très centrée sur le soin.

Dans le cadre des contrats de ville, la santé est généralement considérée comme une thématique annexe, secondaire, prise en compte « au bout de la chaîne » et sur laquelle on effectuera plus aisément des coupes budgétaires. Lors de la mise en œuvre de projets du contrat de ville (NPRU par exemple), ils sont souvent sollicités en dernier recours pour régler des problèmes qui auraient pu être anticipés par une sollicitation dès en amont (prise en compte dès le départ d’une maison de santé, etc.).

D’autres constats ont émergé :

- Sur certains territoires, les institutions partenaires et les élus se sont au fil des années désengagés du pilotage et de la gouvernance des ASV, laissant les coordinateurs isolés dans leur mission et face aux orientations à prendre.

- Selon les collectivités, les élus locaux s'impliquent inégalement sur les enjeux de santé et/ou sur ceux des ASV.
- Les ASV ne sont pas systématiquement intégrés à l'équipe opérationnelle de la politique de la ville (en termes d'animation, de partage de locaux...) : or une bonne intégration favorise le décloisonnement et une prise en compte transversale de la santé dans l'ensemble des actions menées par la politique de la ville.
- L'ASV est parfois appréhendé comme le « service santé » de la ville, au détriment de sa spécificité. Sa lisibilité au sein de la politique de la ville n'est pas toujours claire.
- La part de la santé financée dans le volet cohésion sociale est généralement très faible et très hétérogène en fonction des territoires.

Cette crise a réaffirmé que la santé doit s'intégrer dans une démarche globale, transversale et intersectorielle. Elle a montré l'importance de travailler le maillage avec les autres acteurs (transport, environnement, acteurs économiques, alimentation, sport...) et de prendre en compte les déterminants de santé, comme le permettent les ASV.

## 4. Recommandations

Face à ces constats partagés depuis le début de l'année 2020, nous pouvons établir les recommandations suivantes :

- Agir sur la santé des populations nécessite, pour être efficace, une approche transversale et intersectorielle. L'impact sur la santé de tout projet ou politique publique doit être évalué/pris en compte. Cela vaut pour la politique de la ville.
- La place de la santé et de l'ASV au sein de la politique de la ville doit être renforcée afin de leur permettre de gagner en visibilité et en reconnaissance. Pour cela il est proposé d'intégrer la santé dans le contrat de ville :
  - o Soit comme pilier du contrat de ville (à l'instar des piliers cohésion sociale, cadre de vie et renouvellement urbain, développement économique et emploi)
  - o Soit de façon transversale, en tant que thème à aborder dans les 3 piliers (à l'instar de la jeunesse, l'égalité femmes-hommes, la prévention des discriminations).
  - o Le Plan local de santé publique (PLSP) - qui constitue la feuille de route de l'ASV à partir d'un diagnostic de santé partagé préalablement mené - pourrait être intégré au contrat de ville avec des portraits de territoires, diagnostics, etc. ou, à minima, lui être annexé au même titre que la Taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB).

Cela permettrait que :

- o L'impact sur la santé des habitants de chaque action soit systématiquement pris en compte en amont et évalué.
- o Les acteurs puissent bénéficier d'une enveloppe dédiée santé (au-delà du financement de l'ASV) afin de les encourager à répondre aux enjeux du PLSP.
- o Le PLSP soit mieux connu et diffusé auprès des acteurs de la politique de la ville, dont les chefs de projets qui n'en ont pas toujours connaissance.

Il est également nécessaire de :

- Augmenter la part de la santé financée dans le volet cohésion sociale.
- Remobiliser les institutions et les élus dans le choix des orientations stratégiques et politiques des ASV en les réimpliquant dans le pilotage et la gouvernance.
- Sensibiliser ou former les élus locaux et les décideurs des collectivités aux enjeux de santé, notamment à ses déterminants, ainsi qu'aux inégalités sociales de santé.
- Consolider le lien entre l'ASV et l'équipe opérationnelle de la politique de la ville à travers notamment :
  - o La participation de l'ASV aux comités techniques sur les appels à projet afin d'assurer la prise en compte des besoins de santé, une cohérence entre les actions retenues et les orientations du PLSP et une évaluation de l'impact sur la santé des actions financées.
  - o La participation de l'ASV au comité de pilotage de la politique de la ville, là où se prennent les décisions stratégiques.
  - o La proximité « physique » de l'ASV avec les autres services de la politique de la ville, afin de favoriser l'interconnaissance et la transversalité avec les autres acteurs.
  - o L'implication des autres acteurs de la politique de la ville notamment à l'occasion du renouvellement du PLSP.
  - o Le renforcement de l'animation de la politique de la ville et la mise en place d'une culture de travail fondée sur la transversalité entre les services et le mode projet.
- Représenter le fonctionnement des dispositifs et la place de l'ASV dans le contenu même du contrat de ville.
- Réaffirmer le rôle de l'ASV dans les QPV, en tant qu'outil de renforcement et de complémentarité d'une politique de santé qui existerait déjà à l'échelle de la ville, telle que le CLS.
- Repenser la façon de présenter le contrat de ville et la politique de la ville pour les rendre accessibles à tous et sortir de l'entre-soi.

Sur le plan national, ces constats et recommandations vont dans le sens de ceux portés par les acteurs de la coordination territoriale en santé à l'instar de la Fabrique Territoires Santé qui a permis durant la crise de porter la voix des ASV, CLS, CLSM<sup>11</sup>.

Ils vont également dans le sens des recommandations aujourd'hui portées par le Haut Conseil de la Santé publique face au constat de l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé dans les recommandations sanitaires<sup>12</sup>. Ces recommandations proposent notamment de :

- Evaluer l'impact en santé et sur les inégalités sociales de santé de l'ensemble des politiques nationales et locales (au travers des lois, règlement, des développements urbains).
- Agir sur les facteurs fondamentaux tels que le logement.
- Cibler des mesures veillant à la création d'un environnement favorable et pas seulement celles basées sur les changements de comportement de l'individu.
- Mesurer et veiller à l'équité dans les soins, la prévention et l'accès aux soins intensifs.
- Veiller à ce que le principe d'universalisme proportionné soit réfléchi et mis en œuvre dans toutes les mesures préconisées à l'occasion de la crise.
- Développer le suivi statistique sur les inégalités de santé et le pilotage des politiques sur des données de santé incluant les déterminants sociaux.

## Conclusion

A l'ère du renouvellement prochain des contrats de ville et à la lumière des leçons à tirer de la crise sanitaire, réaffirmer la place de la santé dans la politique de la ville et la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux du fait de leur influence majeure sur les inégalités de santé est indispensable.

Depuis le début des années 2000, les ASV s'inscrivent dans cette logique d'articulation et d'action sur les déterminants de la santé, aussi bien au niveau individuel (comportements, modes de vie...), social et économique (emploi, accès aux droits, éducation...) qu'environnemental (urbanisme, logement, pollution...). La crise actuelle a confirmé leur place essentielle au sein de la politique de la ville et la nécessité de la renforcer dans les futurs contrats de ville.

### Pour aller plus loin :

- Cartographie des ASV en région Paca à partir de la base de données [OSCARS](http://www.carto-dynamiques-sante.org) : [www.carto-dynamiques-sante.org](http://www.carto-dynamiques-sante.org)
- Sélection bibliographique réalisée pour la rencontre régionale "Réduire les inégalités de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville : une responsabilité collective et partagée" organisée par le CRES le 5 octobre 2021 à Marseille : <http://www.cres-paca.org/r/293/rencontre-regionale-reduire-les-inegalites-de-sante-dans-les-quartiers-prioritaires-octobre-2021/>
- Sélection bibliographique réalisée pour le Thé santé « Covid-19 : révélateur des inégalités sociales et territoriales de santé. Quels constats, quelles réponses ? » organisé par le CRES en visioconférence le 18 janvier 2022 : <http://www.cres-paca.org/a/1194/the-sante-2022-sur-le-covid-19-et-les-iss-le-replay-est-en-ligne/>

---

<sup>1</sup> Etude Epicov, Inserm, DREES, 2021, <https://www.epicov.fr/>

<sup>2</sup> Jordi Landier, Jean Gaudart, COVID-19 et défavorisation sociale en région Provence Alpes Côte d'Azur, SESSTIM, Institute of Public Health Sciences, Aix Marseille Université 3, 2021-10 [http://www.cres-paca.org/\\_depot\\_arkcms\\_crespaca/\\_depot\\_arko/basesdoc/1/838690/landiergaudart-cres2021-10-05.pdf](http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/basesdoc/1/838690/landiergaudart-cres2021-10-05.pdf)

<sup>3</sup> Nathalie Bajos, Florence Jusot, Ariane Pailhé (et al.), When lockdown policies amplify social inequalities in COVID-19 infections: Evidence from a cross-sectional population-based survey in France. BMC Public Health, 2021-04-12, 10 p. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10521-5>

<sup>4</sup> Stéphanie Vandentorren, Sabira Smaïli, Edouard Chatignoux (et al.), The effect of social deprivation on the dynamic of SARS-CoV-2 infection in France: a population-based analysis, The Lancet Public Health, 2022, 10 p. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00007-X)

<sup>5</sup> Jordi Landier, Jean Gaudart, COVID-19 et défavorisation sociale en région Provence Alpes Côte d'Azur, SESSTIM, Institute of Public Health Sciences, Aix Marseille Université 3, 2021-10 [http://www.cres-paca.org/\\_depot\\_arkcms\\_crespaca/\\_depot\\_arko/basesdoc/1/838690/landiergaudart-cres2021-10-05.pdf](http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/basesdoc/1/838690/landiergaudart-cres2021-10-05.pdf)

<sup>6</sup> Enquête CoviPrev, Santé publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

<sup>7</sup> Etude Epicov, Inserm, DREES, 2021, <https://www.epicov.fr/>

<sup>8</sup> Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet, Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Tome 1 - Rapport, Sénat, 2020-12-08, 486 p. <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-1.html>

<sup>9</sup> Les effets de la crise sanitaire sur les habitants des quartiers prioritaires, COMPAS, Cité Ressources, 2020-09-29 <https://bit.ly/35IdhZC>

<sup>10</sup> Dynamiques territoriales de santé et Covid-19 – Témoignages de coordonnateur.rices et d'élu.es – Retour de terrain, Fabrique territoires santé, juin 2020, [https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2022/02/dynamiques\\_territoriales\\_de\\_sante\\_et\\_covid\\_-temoignages\\_fts\\_espt.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2022/02/dynamiques_territoriales_de_sante_et_covid_-temoignages_fts_espt.pdf)

<sup>11</sup> Fabrique Territoires Santé est l'extension de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Elle cherche à promouvoir les démarches territoriales de santé et s'adresse à l'ensemble de et aux acteurs concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politique de la ville.

<sup>12</sup> Avis relatif à la crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé, HCSP, 2021-07-22, 37 p.

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210722\\_crissanidecovetingasocidesant.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210722_crissanidecovetingasocidesant.pdf)